

Vor-, Nachname:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Versicherungsnummer:

*Praxisstempel*

## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung zur ernährungstherapeutischen Beratung nach §43 SGB V

(die Zuweisung ist budgetneutral)

**Diagnose / Befund:**

---

---

**zutreffende Indikation(en) für eine Ernährungsumstellung** (vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

- |                                                                             |                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI < 18,5 / Kg / m <sup>2</sup> )   | <input type="checkbox"/> Fehl- / Mangelernährung                |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25 – 29,9 / Kg / m <sup>2</sup> ) | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie / -intoleranzen |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI > 30 / Kg / m <sup>2</sup> )       | <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Verdauungsorgane      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ _____                        | <input type="checkbox"/> Osteoporose                            |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung                            | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis / Rheuma         |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie                                         | <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankungen              |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht                              | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen                     |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung                          | <input type="checkbox"/> Essstörung                             |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges                                          |                                                                 |
- 

- aktuelle Laborwerte vom: \_\_\_\_\_ (Bitte eine Kopie beifügen)

**Beratungsrelevante Medikation:**

---

- Bitte rufen Sie mich an, um Details zu besprechen.

Der o.a. Patient wurde von mir am \_\_\_\_\_ untersucht. Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse ist eine Ernährungsintervention medizinisch indiziert und wird hiermit verordnet.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift